

ព័ត៌មានអំពី ឪពុកបង្កើត

Form with fields: ឈ្មោះក្មេង, លេខក្តី, ឈ្មោះអ្នកកាន់ក្តី, ឈ្មោះមីភ្នាក់ងារ

ការសន្និដ្ឋានចំពោះការបំពេញ :

- សរសេរឱ្យបានច្បាស់ - ប្រើប្រាស់ទឹកខ្មៅ ។
សូមបំពេញគ្រប់ចំនុចទាំងអស់ ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនដឹងចម្លើយលើចំនុចណាមួយ សូមបញ្ជាក់ "មិនដឹង" ។
បែបបទ ១ ២៧ ។ ចែកចេញជាពីរផ្នែកផ្សេងគ្នា ។ ជំពូកទី ១ មានព័ត៌មាន "ដែលអាចសម្គាល់បាន" ហើយវានឹងត្រូវទុកជាការសម្ងាត់ ។ ព័ត៌មាន នេះនឹងមិនប្រគល់ទៅឱ្យកូនចិញ្ចឹមរបស់អ្នក ឬ ឪពុកម្តាយចិញ្ចឹមរបស់កូននោះឡើយ លុះត្រាតែអ្នកផ្តល់ការអនុញ្ញាតិជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឱ្យយើងធ្វើដូច្នោះ ។ ជំពូកទី ២ មានព័ត៌មាន "ដែលមិនអាចសម្គាល់បាន" អំពីប្រវត្តិរបស់អ្នក និង ប្រវត្តិសុខភាព ។ ច្បាប់យកកូនចិញ្ចឹមនៅរដ្ឋ កាលីហ្វ័រញ៉ា ទាមទារឱ្យប្រគល់នូវឯកសារ ចំលងនៃជំពូកទី ២ ជូនទៅឪពុកម្តាយចិញ្ចឹមមុនពេលបញ្ចប់ការចិញ្ចឹម និង តាមសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីកូនចិញ្ចឹមនៅពេលដែលកូននោះមានអាយុ ១៨ ឆ្នាំ ។
ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានស្នើសុំនៅក្នុងបែបបទនេះទាមទារឱ្យបំពេញសម្រាប់ការឱ្យកូនរបស់អ្នកទៅគេចិញ្ចឹម ។

ជំពូកទី ១ - ព័ត៌មានដែលអាចសម្គាល់បានអំពីឪពុកបង្កើត

A. ឈ្មោះ/អាសយដ្ឋាន :
ឈ្មោះឪពុកបង្កើត (នាម នាមកណ្តាល ត្រកូល)
ឈ្មោះផ្សេងទៀតដែលមាន
លេខសុវត្ថិភាពសង្គម
លេខប័ណ្ណបើកបរ
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ ថ្ងៃ)
ទីកន្លែងកំណើត (ទីក្រុង រដ្ឋ ប្រទេស)
អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន (ផ្លូវ ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដ ZIP)
លេខទូរស័ព្ទ (លេខកូដតំបន់) លេខទូរស័ព្ទ
អាសយដ្ឋានទទួលសំបុត្រអចិន្ត្រៃយ៍ ផ្លូវ ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដ លិខិត*)
លេខទូរស័ព្ទអចិន្ត្រៃយ៍ (លេខកូដតំបន់) លេខទូរស័ព្ទ
ការហាមឃាត់លើការប្រើប្រាស់អាសយដ្ឋានទទួលសំបុត្រអចិន្ត្រៃយ៍ ប្រសិនបើមាន

B. ឪពុកម្តាយរបស់ឪពុកបង្កើត

ឈ្មោះម្តាយរបស់ឪពុកបង្កើត (នាម នាមកណ្តាល ត្រកូល)
ឈ្មោះឪពុករបស់ឪពុកបង្កើត (នាម នាមកណ្តាល ត្រកូល)
អាសយដ្ឋាន ផ្លូវ ទីក្រុង អាសយដ្ឋាន ផ្លូវ ទីក្រុង
រដ្ឋ លេខកូដ ZIP រដ្ឋ លេខកូដ ZIP
តើម្តាយរបស់អ្នកដឹងពីការសុំកូនចិញ្ចឹមនេះដែរឬទេ?
[] បាទ [] ទេ [] មិនដឹង
តើឪពុករបស់អ្នកដឹងពីការសុំកូនចិញ្ចឹមនេះដែរឬទេ?
[] បាទ [] ទេ [] មិនដឹង
ប្រសិនបើនៅពេលអនាគតយើងចង់ដឹងអ្នកនៅទីណា តើយើងអាចទាក់ទង ម្តាយរបស់អ្នកដើម្បីសុំជំនួយបានដែរឬទេ?
[] បាទ [] ទេ
ប្រសិនបើនៅពេលអនាគតយើងចង់ដឹងអ្នកនៅទីណា តើយើងអាចទាក់ទង ឪពុករបស់អ្នកដើម្បីសុំជំនួយបានដែរឬទេ?
[] បាទ [] ទេ

C. ចិត្តរាងរបស់ក្មេង :

តើអ្នកនឹងម្តាយបង្កើតរបស់កូននោះធ្លាប់បានរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ដែរឬទេ? [] បាទ [] ទេ
ប្រសិនបើធ្លាប់ កាលបរិច្ឆេទ និង កន្លែងរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ : _____
ប្រសិនបើលែងលះ កាលបរិច្ឆេទ និង កន្លែងលែងលះ: _____
តើអ្នកនឹងម្តាយបង្កើតរបស់កូននោះធ្លាប់ចង់រៀបការឬទេ? [] បាទ [] ទេ
ប្រសិនបើធ្លាប់ ពន្យល់ _____
តើអ្នកបច្ចុប្បន្ននៅតែជាស្វាមីរបស់ម្តាយបង្កើតរបស់កូន? [] បាទ [] ទេ

D. កូនផ្សេងទៀត :

តើអ្នកមានកូនផ្សេងទៀតក្រៅពីកូនដែលត្រូវបានសុំចិញ្ចឹមឬទេ? [] បាទ [] ទេ
ប្រសិនបើមាន សូមបំពេញសំណួរខាងក្រោម

Table with 5 columns: ឈ្មោះកូន, ភេទ, ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត, ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់កូន, មើលទៅដូចម្តេចកូននេះ? (បញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកថែទាំនិងកូន)

E. ប្អូនបានជំរុញបើកអាហារិក :

តើអ្នក ឪពុកម្តាយរបស់អ្នក ឬ បងប្អូនផ្សេងទៀតជាជនជាតិពណ៌អាមេរិក? បាទ ទេ
ប្រសិនបើ បាទ បញ្ជាក់ពីឈ្មោះកូនសម្ព័ន្ធ និង ទីកន្លែង និង កម្រិតនៃឈាមជនជាតិពណ៌ (ប្រសិនបើដឹង) ។ _____

F. ការពិព្រោះលើវិវិទ្យាសាស្ត្រ :

តើអ្នកធ្លាប់ទៅពិព្រោះជាមួយពេទ្យចិត្តរោគ ពេទ្យវិកលចរិត បុគ្គលិកនៃមន្ទីរព្យាបាលរោគសង្គម ពេទ្យព្យាបាលរោគអារម្មណ៍ ឬ អក្សបកិរិយា លើបញ្ហាអារម្មណ៍ ឬ ផ្លូវចិត្ត ឬ អក្សបកិរិយាដែលអ្នកធ្លាប់មានឬទេ? បាទ ទេ
ប្រសិនបើធ្លាប់ សូមបំពេញចន្លោះខាងក្រោម :

ថែទាំផ្ទះ និង មូលហេតុ សម្រាប់ការព្យាបាល :

ឈ្មោះពេទ្យ និង/ឬ ភ្នាក់ងារដែលផ្តល់ការព្យាបាល : _____ ទីកន្លែង : _____

បញ្ជាក់ពីថ្លៃដែលប្រើក្នុងពេលការព្យាបាលរបស់អ្នក :

មូលហេតុនៃការឈប់បន្តការព្យាបាល :

G. សំណួរការសុំកូនចិញ្ចឹម (សម្រាប់ការសុំកូនចិញ្ចឹមក្នុងករណីបង្កើតឡើង)

១. តើអ្នកត្រូវបានតំណាងដោយស្មារតី (មេធាវី) ផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកក្នុងពេលនៃការសុំកូនចិញ្ចឹមនេះឬទេ? បាទ ទេ

២. តើស្មារតីរបស់អ្នកគឺជាស្មារតីរបស់ឪពុកម្តាយដែលសុំកូនទៅចិញ្ចឹមដែរឬទេ? បាទ ទេ មិនដឹង

៣. តើនិយមន័យប្រាក់ចំណាយលើការមានផ្ទៃពោះ ការថែទាំមុនពេលឆ្លងទន្លេ និង ឆ្លងទន្លេ? _____

៤. តើពួកគេចំណាយប៉ុន្មាន? (សូមបញ្ជាក់ប្រសិនបើមិនដឹង)

៥. ម្យ៉ាងស្មារតីកូនចិញ្ចឹមនៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាចែងថាឪពុកម្តាយដែលផ្តល់កូនឱ្យគេចិញ្ចឹមត្រូវតែមានចំណេះដឹងផ្ទាល់ខ្លួនលើព័ត៌មានខាងក្រោមអំពីឪពុកម្តាយដែលនឹង ចិញ្ចឹមកូន : ឈ្មោះពេញស្របច្បាប់របស់ពួកគេ, អាយុ, សាសនា, ពូជសាសន៍ ឬ ជាតិពន្ធ, រយៈពេលនៃអាពាហ៍ពិពាហ៍បច្ចុប្បន្ន និង ចំនួននៃអាពាហ៍ពិពាហ៍ ពីមុន, ការងារ, ថាតើមានក្មេង ឬ មនុស្សពេញវ័យផ្សេងទៀតដែលរស់នៅផ្ទះរបស់ពួកគេ, ថាតើមានកូនដែលមិននៅជាមួយពួកគេ និង កាតព្វកិច្ចផ្គត់ផ្គង់ កូនសម្រាប់កូនទាំងនេះ និង បើមិនអាចបំពេញកាតព្វកិច្ចទាំងនេះបាន, មានស្ថានភាពសុខភាពដែលអាចធ្វើឱ្យអាយុជីវិតរបស់ពួកគេខ្លី ឬ កម្រិតឱ្យខ្លួនរស់កម្ម ភាពប្រថាប់ថែទាំមូលដ្ឋានរបស់ពួកគេ, មានការកាត់ទោសលើឧក្រិដ្ឋកម្មដូចជាការបំពានលើការដេញដូរក្នុង, យកក្មេងចេញពីការថែទាំរបស់ពួកគេដោយសារតែការ រំលោភបំពាន ឬ ការធ្វេសប្រហែស និង តំបន់ទូទៅនៃការតាំងទីលំនៅ ឬ ប្រសិនបើមានស្នើសុំ រួមទាំងអាស័យដ្ឋានរបស់ពួកគេ ។

៦. តើអ្នកមានយ៉ាងហោចណាស់ព័ត៌មានអំពីឪពុកម្តាយចិញ្ចឹមនេះឬទេ? បាទ ទេ

៧. តើមានព័ត៌មានបន្ថែមទៀតអ្វីខ្លះដែលអ្នកចង់បាន ឬ ត្រូវការពីឪពុកម្តាយចិញ្ចឹម?

៨. តើអ្នកធ្លាប់ជួបឪពុកម្តាយចិញ្ចឹមដែរឬទេ?..... បាទ ទេ

៩. ប្រសិនបើធ្លាប់ តើអ្នកស្គាល់គាត់ប៉ុណ្ណា? _____

ហត្ថលេខាឪពុកបង្កើត _____ កាលបរិច្ឆេទបំពេញបែបបទ _____

ព័ត៌មានខាងលើនេះត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយ (ត្រូវបានក្របខ័ណ្ឌ)

ម្តាយបង្កើត ឪពុកបង្កើត ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់) _____

ឈ្មោះក្មេង :	លេខក្តី :
ឈ្មោះអ្នកកាន់ក្តី :	ឈ្មោះមីភ្នាក់ងារ :

ជំពូកទី ២ – ព័ត៌មានថែទាំសុខភាពសម្រាប់ធានាអំពីទំនាក់ទំនង
 ព័ត៌មាននេះនឹងផ្តល់ជូនទៅឱ្យពួកម្តាយចិញ្ចឹម និង អាចផ្តល់ចំពោះកូនរបស់អ្នកផងដែរ។ សូមឆ្លើយសំណួរទាំងអស់ឱ្យបានសព្វគ្រប់តាមដែលអាចបំពេញបាន។

ផ្នែកទី ១ – អត្តសញ្ញាណកម្មនៃទំនាក់ទំនងនៅលេខបង្កើតកូនចិញ្ចឹម

A. ព័ត៌មានទូទៅ និង ការចំណាត់ថ្នាក់រវាងកាយ :

ទីកន្លែងកំណើត	កំលស	ទមន់ធម្មតា	ពណ៌ភ្នែក	ពណ៌ស្បែក	ពណ៌សក់ធម្មជាតិ	លក្ខណៈសក់ធម្មជាតិ (ត្រូវសម្រេចបានលើលក្ខណៈ)
						<input type="checkbox"/> ធម្មតា <input type="checkbox"/> មធ្យម <input type="checkbox"/> គ្រាត <input type="checkbox"/> ត្រង់ <input type="checkbox"/> រលក <input type="checkbox"/> រុញ <input type="checkbox"/> ម៉ែពែក
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (តែឆ្នាំ)	ប្រភេទឈាម	ភាគ RH	ប្រភេទឈាម			តើអ្នកប្រើដៃស្តាំ? <input type="checkbox"/> ប្រើដៃឆ្វេង? <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> ឆ្អឹងតូច <input type="checkbox"/> ឆ្អឹងមធ្យម <input type="checkbox"/> ឆ្អឹងធំ			

ជាតិសាសន៍/ក្រុមជាតិពន្ធុ

ស្បែកស អេស្បាញ ហ្វីលីពីន ស្បែកខ្មៅ អាស៊ី ឬ អ្នករស់នៅលើដីកោះប៉ាស៊ីហ្វិក
 ជនជាតិពណ៌អាមេរិកាំង ឬ ជនជាតិអាឡាស្កា ផ្សេងទៀត បញ្ជាក់ _____
 ជនជាតិពណ៌អាមេរិកាំង ឬ ជនជាតិអាឡាស្កា សូមបញ្ជាក់ពីឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ និង កម្រិតនៃឈាមជនជាតិពណ៌ (ប្រសិនបើដឹង) _____

ដើមកំណើតសញ្ជាតិជាក់លាក់ ឧទាហរណ៍: ជនជាតិអៀរឡង់, បារាំង, អាស៊ីម៉ុង, ចិនកាតាំង, ម៉ិចស៊ិកូ, នីហ្សេរីយ៉ា)

B. ការសិក្សា :

ថ្នាក់បញ្ចប់ម្តងក្រោយ	បច្ចុប្បន្ននៅស្រៀន? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	ថ្នាក់ធម្មតានៅក្នុងសាលា	ការហ្វឹកហ្វឺនផ្សេងទៀត
-----------------------	---	-------------------------	-----------------------

សកម្មភាពសិក្សាបន្ថែមទៀត

មុខវិជ្ជាដែលចូលចិត្ត

C. អាជីព :

អាជីពបច្ចុប្បន្ន	រយៈពេលប៉ុន្មាន?	អាជីពធម្មតា?
------------------	-----------------	--------------

តើអ្វីទៅជាគោលដៅអាជីពរបស់អ្នក (ឧទាហរណ៍ ជាគ្រូបង្រៀន ជាងផ្សា ស្បៀងលក់)

D. អត្តសញ្ញាណកម្មខ្លួន :

ពិពណ៌នាអត្តសញ្ញាណកម្មរបស់អ្នកក្នុងន័យ អប្បករិយា ចរិត ការម្នាក់របស់អ្នក, សកម្មភាពដែលអ្នកចូលរួម, ប្រភេទនៃ មនុស្សដែលអ្នកចូលចិត្តទៅជាមួយ ។ល។

ពិពណ៌នាអំពីទេពកោសល្យ ចំណង់ចំណូលចិត្ត និង គោលដៅជីវិត។

F. ប្រវត្តិសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន :

ពិពណ៌នាអំពីសុខភាពទូទៅរបស់អ្នក

តើអ្នកធ្លាប់មានជំងឺនៅពេលក្មេងខ្លះ?
 កញ្ជ្រៀម : ស្រមូម (៣ខែ)
 រោគឆ្លងក្រហម/ផ្លាកនោម
 ក្តៅខ្លួនឡើងក្រហម

ក្រកមាត់
 ក្រឡមែន
 អុតស្វាយ (២ សប្តាហ៍)
 ផ្សែងទៀត បញ្ហា

ជំងឺផ្តាសាយ
 រោគបកស្បែក
 អុតធំ

រោគឆ្លងតាមត្រចៀក
 រោគសាកខ្វះក្បាល
 ហ្គីត

រោគគ្រុនសន្ទាត់ដ្ឋីង
 សម្លេងមិនចេញពីបេះដូង
 រលាកស្រោមខួរ

មានការរីករាលដាលដែរឬទេ?

មាន ទេ ប្រសិនបើមាន តើមានស្ថានភាពអ្វីខ្លះ/ ហើយនៅពេលណា?

តើអ្នកជា

កូនភ្លោះពីរនាក់ កូនភ្លោះបីនាក់ កូនភ្លោះច្រើនផ្សេងទៀត

តើអ្នកជាកូនភ្លោះ

ដូចគ្នាបេះបិទ ឬ បែកពីគ្នា

តើអ្នកបានប្រើប្រាស់ជាតិស្រវឹង ថ្នាំជក់ ឬ ថ្នាំផ្សេងទៀតមុនពេលបង្កើតកំណើតដល់កូននេះឬទេ?

បាទ ទេ ប្រសិនបើ បាទ រាយប្រភេទសារធាតុនោះ រយៈពេលដែលប្រើប្រាស់ និង ភាពញឹកញាប់

G. ប្រវត្តិគ្រួសារ :

តើអ្នក ឬ សមាជិកគ្រួសារណាមួយរបស់អ្នកណាមួយត្រូវបានគេយកមកចិញ្ចឹម?

បាទ ទេ ប្រសិនបើ បាទ សូមប្រាប់ថាណាមក

	ឪពុកបង្កើតរបស់អ្នក		ម្តាយបង្កើតរបស់អ្នក	
	កម្ពស់	ទមន់	កម្ពស់	ទមន់
អាយុបច្ចុប្បន្ន				
ប្រសិនបើស្លាប់ អាយុពេលស្លាប់.....				
មូលហេតុនៃការស្លាប់.....				
កម្ពស់ ៧ ទមន់	កម្ពស់	ទមន់	កម្ពស់	ទមន់
ពណ៌សក់ និង សក្កណៈ				
ពណ៌ភ្នែក				
ពណ៌ស្បែក				
ប្រើដៃឆ្វេង ឬ ស្តាំ				
សក្កណៈលេចធ្លោ.....				
ការសិក្សាដែលបានបញ្ចប់				
អាជីព				
ពូជសាសន៍ / ក្រុមជាតិពន្ធុ.....	<input type="checkbox"/> ស្បែកស <input type="checkbox"/> អេស្បាញ <input type="checkbox"/> ស្បែកខ្មៅ <input type="checkbox"/> ហ្វីលីពីន <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត <input type="checkbox"/> អាស៊ី ឬ អ្នករស់នៅលើដីកោះប៉ាស៊ីហ្វិក <input type="checkbox"/> ជនជាតិពណ៌អាមេរិកាំង ឬ ជនជាតិអាឡាស្កា		<input type="checkbox"/> ស្បែកស <input type="checkbox"/> អេស្បាញ <input type="checkbox"/> ស្បែកខ្មៅ <input type="checkbox"/> ហ្វីលីពីន <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត <input type="checkbox"/> អាស៊ី ឬ អ្នករស់នៅលើដីកោះប៉ាស៊ីហ្វិក <input type="checkbox"/> ជនជាតិពណ៌អាមេរិកាំង ឬ ជនជាតិអាឡាស្កា	
សញ្ជាតិ.....				
សាសនា				
តើឪពុកម្តាយនេះដឹងពីការមានផ្ទៃពោះរបស់អ្នក ឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ		<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	
តើគាត់មានបងប្អូនប្រុសស្រីប៉ុន្មាននាក់?				
ប្រសិនបើមីង ឬ ពូរបស់អ្នកបានស្លាប់ សូមផ្តល់អាយុពេលស្លាប់ និង មូលហេតុនៃការស្លាប់.....				
	ឪពុកម្តាយរបស់ឪពុកអ្នក		ឪពុកម្តាយរបស់ម្តាយអ្នក	
	ឪពុក	ម្តាយ	ឪពុក	ម្តាយ
អាយុ				
ប្រសិនបើស្លាប់ អាយុពេលស្លាប់មូលហេតុនៃការស្លាប់				
ពណ៌សក់របស់ខាងក្រៅ				
កម្ពស់ ៧ ទមន់	កម្ពស់	ទមន់	កម្ពស់	ទមន់
សក្កណៈលេចធ្លោ.....				
ការសិក្សាដែលបានបញ្ចប់				
អាជីពបច្ចុប្បន្ន ឬ ពីមុន				
តើគាត់ដឹងពីការមានផ្ទៃពោះរបស់ អ្នកឬទេ?...	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ		<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	

G. ប្រវត្តិក្រួសារ : (៧)

ចងប្អូនប្រុស និង ស្រីរបស់អ្នក
(ប្រសិនបើអ្នកមានបងប្អូនលើសពី៤នាក់ សូមប្រើក្រដាសបន្ថែម)

	១		២		៣		៤	
ភេទ (ប្រុស ឬ ស្រី).....								
អាយុ								
ប្រសិនបើស្លាប់ អាយុពេលស្លាប់មូលហេតុនៃការស្លាប់								
បងប្អូនបង្កើត ឬ ពាក់កណ្តាល?	<input type="checkbox"/> បង្កើត <input type="checkbox"/> ពាក់កណ្តាល							
កម្ពស់ ៧ ទមន់.....	ទមន់	កម្ពស់	ទមន់	កម្ពស់	ទមន់	កម្ពស់	ទមន់	កម្ពស់
ពណ៌សក់ និង លក្ខណៈ.....								
ពណ៌ភ្នែក								
ពណ៌ស្បែក.....								
ចំណង់ចំណូលចិត្ត និង ទេពកោសល្យ								
ថ្នាក់ចុងក្រោយដែលបានបញ្ចប់								
រៀននៅសាលាពេលបច្ចុប្បន្ន?	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ							
អាជីព.....								
ដឹងអំពីការមានផ្ទៃពោះ?	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ							
ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍								
ចំនួននៃកូនដែលពួកគេមាន								
សុខភាពនៃកូនរបស់ពួកគេ								

កូនរបស់អ្នកផ្សេងទៀត
(ប្រសិនបើមានកូនលើសពី៤នាក់ សូមប្រើក្រដាសបន្ថែម)

	កូន#១		កូន#២		កូន#៣		កូន#៤	
បញ្ជាក់ប្រសិនបើជាកូនប្រុស ឬ ស្រី								
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ឬ អាយុ								
តើកូននេះជាបងប្អូនបង្កើតឬពាក់កណ្តាលនឹងកូនដែលសុំចិញ្ចឹម?.....	<input type="checkbox"/> បង្កើត <input type="checkbox"/> ពាក់កណ្តាល							
ប្រសិនបើស្លាប់ អាយុពេលស្លាប់.....								
មូលហេតុនៃការស្លាប់								
កម្ពស់ & ទមន់.....	ទមន់	កម្ពស់	ទមន់	កម្ពស់	ទមន់	កម្ពស់	ទមន់	កម្ពស់
ពណ៌សក់ និង លក្ខណៈ.....								
ពណ៌ភ្នែក								
ពណ៌ស្បែក								
ប្រើដៃឆ្នែង ឬ ស្តាំ								
ថ្នាក់នៅសាលារៀន.....								
តើកូននេះរស់នៅជាមួយអ្នកឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ							
ចំណង់ចំណូលចិត្ត និង ទេពកោសល្យ.....								
សុខភាពទូទៅ								
ការរិះកាត់សំខាន់ៗ								
បញ្ហាសុខភាព								
តើកូននេះដឹងពីការមានផ្ទៃពោះ?	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ							

H. ប្រវត្តិសុខភាពរបស់អ្នក ឥទ្ធិពលនៃរបស់អ្នក និង បងប្អូនផ្សេងទៀត

បញ្ជាក់ដោយគូសនៅក្នុងប្រអប់ដែលសមស្របប្រសិនបើអ្នក ឬ បងប្អូនណាមួយ (ឧទាហរណ៍ ឪពុកម្តាយ បងប្អូនស្រី បងប្អូនប្រុស មីង ពូ ជីដូនជីតា ឬ ក្មេងផ្សេងទៀត ដែលកើតមកជាប់ទាក់ទងនឹងអ្នក ។ល។) ធ្លាប់មាន ឬ ឥឡូវមានស្ថានភាពសុខភាពដែលរាយខាងក្រោម ។ បញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកនោះនឹងអ្នក ។ សូមបំពេញ នៅក្នុងកន្លែងផ្តល់យោបល់ ។
ប្រសិនបើស្ថានភាពសុខភាពអាចនាំឱ្យបាត់បង់ជីវិតនៃសមាជិកគ្រួសារណាមួយ បញ្ជាក់ និង អាយុប្រហែលរបស់អ្នកនោះនៅពេលស្លាប់ នៅក្នុងកន្លែងផ្តល់យោបល់

ស្ថានភាពសុខភាព	ទេ	ចិនចិន	មានថ្នាំ លក់	តាម - បងប្អូន (បញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនង)	ផ្តល់យោបល់
A. ភាពអន់ថយពីកំណើត					
១. ជើងកែក ឬ បញ្ហាវៀចន្តឹងខ្នង (ឧទាហរណ៍ មានជើងសំប៉ែត ។ល។)					
២. រែបបបូរមាត់ បែកបបូរមាត់ ឬ រែបក្រអូបមាត់					
៣. ជំងឺបន្តពូជពិបាករៀន					
៤. ក្រមួសមួសផ្សេងទៀតដែលមិនធម្មតា					
៥. ហឺដ្រូសេផលឡីស					
៦. ខ្វះសារជាតិចិញ្ចឹមសាច់ដុំ					ផ្នែកនៃរាយការយដែលទាក់ទង? អាយុនៅពេលផ្តើម?
៧. ភាពភ្លឺ					
៨. ជំងឺខួរឆ្អឹងខ្នង					
៩. ជំងឺបេះដូងពីកំណើត					
១០. ខ្វះជាលិកាឈាមក្រហម					
១១. ជំងឺ ទាយ-្យាចហស					
B. រោគរលាក					ដឹងមួយហេតុខ្លះទេ? អ្វីជាការព្យាបាល? ប្រើប្រាស់ថ្នាំអ្វី?
១. ត្រអក ឬ ស្ថានភាពស្បែកផ្សេងទៀត					
២. រោគផ្តាសសាយរ៉ាំរ៉ៃ ឬ រោគរលាកផ្សេងទៀត					
៣. រោគរលាកពេលប្រើថ្នាំ					ថ្នាំអ្វី?
៤. រោគរលាកដោយសារចំណីអាហារ					ចំណីអាហារអ្វី?
C. ភ្នែក ធ្មេញ ត្រចៀក និង ជំងឺនៃការលូតលាស់ផ្សេងទៀត					
១. ពិការភ្នែក ជំងឺភ្នែក ជំងឺខ្វាក់ពណ៌ និង បញ្ហាភ្នែកដទៃទៀត					
២. កញ្ចក់វែនតា ឬ ខនចិចឡេនដែលត្រូវ					នៅអាយុប៉ុន្មានដែលមានវេជ្ជបញ្ជាឱ្យប្រើប្រាស់កញ្ចក់ជាចាំបាច់?
មើលជិត <input type="checkbox"/>					
មើលឆាយ <input type="checkbox"/>					
ចក្រវិកល (គ្មានសមត្ថភាពផ្តោត) <input type="checkbox"/>					
ស្រទ្រវ័រ (ភ្នែកស្រទ្រវ័រ) <input type="checkbox"/>					
ផ្សេងទៀត (ពន្យល់) <input type="checkbox"/>					
៣. ជំនួសធ្មេញ ឬ ការងារកែតម្រូវធ្មេញផ្សេងទៀត					ប្រសិនបើដូច្នោះ តើការងារកែតម្រូវធ្មេញអ្វី និង ចំណាយពេលប៉ុណ្ណា?

H. ប្រវត្តិសុខភាពរបស់អ្នក ឪពុកម្តាយរបស់អ្នក និង បងប្អូនផ្សេងទៀត (៧)

ស្ថានភាពសុខភាព	ទេ	ចិន្តា	ហានិភ័យ	ឆាត - បងប្អូន (បញ្ជាក់ពីទីនាក់ទីនាម)	ផ្តល់យោបល់
៤. ជំងឺផ្លូវចិត្ត ឬ បញ្ហាគ្រោះថ្នាក់ផ្សេងទៀត					ការអប់រំពិសេស? ប្រសិនបើ "មាន" បញ្ជាក់អាយុនៅពេលធ្វើម។
៥. បញ្ហាលើការនិយាយ					
៦. អសមត្ថភាពក្នុងការរៀន					មានរោគវិនិច្ឆ័យណាមួយ? ការស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ?
៧. វិកលចរិត: ផ្លូវចិត្ត ឬ រាងកាយ					
D. ជំងឺប្រព័ន្ធណាម					អាយុនៅពេលធ្វើម? អ្វីជាការព្យាបាល? ការស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ?
១. ជំងឺឈាមក្រកក					
២. ខ្វះជាលិកាឈាមក្រហម ឬ លក្ខណៈឈាម					
៣. ជំងឺលើសឈាម (សម្ពាធិឈាមខ្ពស់)					
៤. ជំងឺដាច់សសៃឈាមក្នុងខួរក្បាល					
៥. ជំងឺគាំងបេះដូង (ជំងឺបេះដូង)					
៦. ជំងឺសញ្ញាភ័យខ្លាច					ប្រភេទអ្វី? អាយុនៅពេលធ្វើម? ផ្នែកណាដែលរាងកាយ?
៧. ជំងឺគ្រុធាន					អាយុនៅពេលធ្វើម? អ្វីជាការព្យាបាល?
E. ជំងឺអ្នកម្តង					អាយុនៅពេលធ្វើម? អ្វីជាការព្យាបាល?
១. ជំងឺទឹកនាមផ្តុំម					
២. ជំងឺក្រពេញទឹកអ៊ីដ					
៣. ជំងឺធាត់ពេក (លើសទមន្ល់)					
F. ជំងឺផ្លូវដង្ហើម					មូលហេតុ (ដែលដឹង) ណាមួយ? អ្វីជាការព្យាបាល?
១. ជំងឺហឺត					
២. ជំងឺស្ងួត					
៣. ជំងឺរលាម					អាយុនៅពេលធ្វើម? ប្រភេទអ្វី? ផ្នែកណាដែលរាងកាយ?
G. ជំងឺផ្លូវចិត្ត និង អាកប្បកិរិយា					អាយុនៅពេលធ្វើម? អ្វីជាការព្យាបាល? ការស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ?
១. ជំងឺផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរ					
២. ជំងឺក្រៀមក្រំដូចឆ្កួត					
៣. ជំងឺផ្លូវចិត្តផ្សេងទៀត ។ ពិពណ៌នា ដោយប្រើប្រាស់ទំព័របន្ថែម ប្រសិនបើម៉ាប៉ាច់					
៤. ជំងឺស្រវឹង ឬ ការផឹកជាតិសុរាច្រើន					
៥. ជំងឺប្រើប្រាស់ថ្នាំ					ប្រភេទ បរិមាណ និង ពេលវេលាដែលប្រើ?

H. ប្រវត្តិសុខភាពរបស់អ្នក គឺពួកគ្នាយរបស់អ្នក និង ចងប្តូរផ្សេងទៀត (ត)

ស្ថានភាពសុខភាព	ទេ	មិនទេ	មានថ្នាំ លំទ្រូត	តា - ចងប្តូរ (បញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនង)	ផ្តល់យោបល់
H. ជំងឺលសិកា					ប្រភេទអ្វី? អាយុនៅពេលធ្វើម? ផ្នែកណានៃរាងកាយ?
១. ជំងឺមហារីក					
២. ពកសាច់					
៣. ជំងឺឡើងស្បែក					
៤. ជំងឺ រៀងកិសស					
I. ជំងឺប្រព័ន្ធប្រសាទ					ផ្នែកណានៃរាងកាយដែលទាក់ទង? អាយុនៅពេលធ្វើម?
១. ជាសិការច្រើនស្រទាប់					
២. ជំងឺ រុនតិសត្យុន					
៣. ជំងឺបាត់បង់ស្មារតី					
៤. ជំងឺកត្រាក់ ឬ ប្រកាច់ ឬ					អាយុនៅពេលធ្វើម? អ្វីជាការព្យាបាល? ភាពញឹកញាប់?
៥. ជំងឺស្តួន					
J. ការឆ្លង ការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ					រោគវិនិច្ឆ័យ?
១. ជំងឺគ្រុធាវិជ្ជាបន្តបន្ទាប់ដោយដឹងពីរោគចំលង					
២. ការឆ្លងធន់ធរបន្តបន្ទាប់ ដែលត្រូវការ ការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ					
៣. ការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ ការវះកាត់ ឬ រងរបួស					លើអ្វី? នៅពេលណា?
K. បញ្ហាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬ សុខភាពផ្សេងទៀត					